Lane Medical Library
1902

Über
Tumoren der Bauchdecken.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

Freitag, den 28. November 1902, Mittags 12 Uhr,

öffentlich vortragen wird

Richard Hagemann
approb. Arzt.
aus Halle a. S.

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1903.

Imprimatur:

Prof. Dr. **C. Fränkel**,

h. t. Decanus.

Seinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0450

Die Lehre von den Tumoren gehört ohne Zweifel zu den interessantesten Capiteln der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. Unter den neueren Forschern, die sich um die Lehre von den Neubildungen verdient gemacht haben, ragt vor allen anderen Virchow hervor, der sich durch sein umfassendes Werk „Die krankhaften Geschwülste“ ein unvergängliches Denkmal gesetzt hat. Wichtige Fortschritte auf diesem Gebiete verdanken wir ferner C. O. Weber, Rindfleisch, Billroth, C. Thiersch, Waldeyer, Cohnheim u. a.

Die Frage: „Was ist eine Geschwulst?“ ist sehr verschieden beantwortet worden. Und in der That ist es schwierig, den Begriff der Geschwülste einheitlich zu definiren, da dieselben in anatomischer, ätiologischer und klinischer Beziehung grosse Verschiedenheiten darbieten. Am meisten Beifall dürfte die Definition von Lücke finden. Nach Lücke verstehen wir unter einer Geschwulst eine Volumzunahme durch Gewebsneubildung, die keinen physiologischen Abschluss erlangt und welche — so wollen wir mit Cohnheim noch hinzufügen — vom morphologisch-anatomischen Typus der Localität abweicht. Von den eigentlichen Geschwülsten trennt man die hyperplastischen, entzündlichen Gewebsbildungen, die infectiösen Granulationsgeschwülste, ferner Ansammlungen von Flüssigkeit und Zellen in präformirten Höhlen sowie die Retentionscysten.

Was nun die an den Bauchdecken vorkommenden Geschwülste anbetrifft, so sind dies Erkrankungen, die nicht gerade sehr häufig auftreten, die jedoch wegen der Eigentümlichkeiten, die sie in manchen Beziehungen darbieten, keineswegs des Interesses entbehren.

Um dem Thema „Tumoren der Bauchdecken“ gerecht zu werden, gedenke ich zunächst eine kurze Übersicht über die an den Bauchdecken beobachteten Tumoren und ihr Verhalten im Allgemeinen zu geben. Danach werde ich eine Reihe von Fällen, die in den letzten Jahren in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle behandelt wurden, anführen, um dann nach Besprechung des histologischen Befundes auf die Aetiologie, die Diagnose, Prognose und Therapie näher einzugehen. Am Schluss der Arbeit soll eine kurze Statistik die Übersichtlichkeit erleichtern.

Nach ihrem Sitze können wir die Bauchdeckentumoren einteilen

1. in Tumoren des Nabels,
2. in solche der eigentlichen Bauchdecken, d. h. der Haut, der Bauchmuskulatur und der dazu gehörigen Fascien und Aponeurosen.

Was zunächst die Geschwülste des Nabels betrifft, so sind dieselben ziemlich selten. Nach L. Pernice hat man besonders Lipome, Fibrome, Fibro-Lipome, Angiome, Myxome, Sarkome, Fibro-Sarkome, Dermoide, Atherome, Papillome und Carcinome beobachtet. Küster erwähnt nur acht derartige Fälle, darunter einen von ihm selbst beobachteten. Nach Küster gehen die Nabelgeschwülste aus

1. von der Haut des Nabels,
2. von der eigentlichen Narbe,
3. von dem fettreichen Bindegewebe des Umbilicalkanals.

Besonders disponirt für den Ausgang von Tumoren ist nach Küsters Ansicht die Haut des Nabeltrichters, da sich hier Unreinlichkeiten aller Art leicht ansammeln, sich

zersetzen und dadurch einen dauernden Reiz ausüben. Wir finden hier am häufigsten Fibrome, Sarkome und Cancroide.

Von der Nabelnarbe gehen hauptsächlich Carcinome aus. Dieselben sind ausserordentlich bösartig und neigen sehr zur Metastasenbildung in der Leber. Tillmanns erwähnt ein solches, bei einem 56 jährigen Manne durch Stoss entstandenes, ungemein bösartiges primäres Carcinom, welches rasch zu secundärem Lebercarcinom führte.

Vom Bindegewebe des Umbilicalkanals ausgehende Geschwülste werden in der Litteratur wenig genannt, es sind hauptsächlich Fibrome und Lipome. Küster führt mehrere primäre und einen secundären Tumor an, von denen einer ein Gallertkrebs war.

Die vom Nabel ausgehenden Carcinome sind in der grössten Mehrzahl der Fälle secundäre, entstanden im Anschluss an primäre Carcinome des Magendarmkanals, der Leber oder des Uterus und seiner Adnexe.

Wir kommen nun zu den Geschwülsten der eigentlichen Bauchdecken, worunter wir die Bauchhaut und die Bauchmuskulatur mit ihren Fascien und Aponeurosen verstehen. Die Tumoren können hier in den verschiedensten Schichten ihren Sitz haben, in der Haut, im subcutanen Gewebe und im muskulös-sehnigen Teile. Von grosser praktischer Bedeutung ist hierbei, dass die letztgenannten Tumoren im Zusammenhang mit dem Peritoneum stehen können, die ersteren dagegen nicht.

In der Bauchhaut beobachtet man meist Fibrome, Sarkome oder Mischformen von beiden. Gelegentlich kommen auch Carcinome und Atherome vor, jedoch sind von letzteren beiden Arten in der Litteratur nur wenige Fälle bekannt.

Die Fibrome, welche bei weitem häufiger sind als die Sarkome, zeigen durchweg eine weiche Consistenz und unterscheiden sich dadurch von denjenigen der tiefer gelegenen Teile, die derb und hart sind. Dieses weiche

Fibrom, Fibroma molle, welches Virchow auch als Fibroma molluscum bezeichnet, hat einen wechselnden Gefässreichtum, der bald sehr gering, bald sehr bedeutend ist, sodass ausgesprochene Ektasien der Blut- und Lymphgefässe vorhanden sind, wie bei den diffusen Gewebshyperplasien bei Elephantiasis.

Die Sarkome der Bauchhaut, die, wie eben erwähnt wurde, viel seltener sind als die Fibrome, kommen meist bei männlichen Individuen vor, während die Sarkome der Muskeln und Fascien beim weiblichen Geschlecht überwiegen. Nach Ledderhose, von dem wir durch sein Werk „Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken" besonders viel über den klinischen Verlauf dieser Tumoren erfahren, unterscheiden sich die Sarkome der Bauchhaut von denen der tieferen Schichten dadurch, dass erstere grössere Neigung zu lokalen Recidiven und zu Metastasenbildung in anderen Organen besitzen. Von den verschiedenen hier vorkommenden Sarkomformen ist das bösartige Melanosarkom sehr häufig.

Von den infectiösen Granulationsgeschwülsten finden wir in der Bauchhaut das Gumma und die Aktinomykose. Das Gumma oder die Gummigeschwulst, wegen ihrer charakteristischen elastischen Beschaffenheit so genannt, gehört zu den umschriebenen specifischen Bildungen der Lues und kommt in den verschiedensten Organen, mit Vorliebe auch in der Haut vor. Diese Hautgummata bilden erbsen- bis wallnussgrosse meist schmerzlose Infiltrationen der Haut oder des Unterhautzellgewebes, die im Centrum langsam zu einer gummiartigen Flüssigkeit erweichen und schliesslich ausgedehnte Ulcerationen hervorrufen können.

Die Aktinomykose der Bauchdecken kann entweder durch Hautverletzungen oder — was weit häufiger ist — durch Metastasenbildung von einer primären Aktinomykose des Darmes aus entstehen.

Im subcutanen Gewebe der Bauchhaut findet man relativ häufig Lipome, seltener Fibrome und Myxome.

Die Lipome, die in der Mehrzahl der Fälle bei weiblichen Individuen vorkommen, sind teils umschriebene, teils mehr diffuse Wucherungen des Fettgewebes. Dieselben sind gutartig, bilden keine Metastasen, kommen aber zuweilen multipel vor. Die Zeit zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre ist für die Entwicklung von Lipomen besonders disponirt, doch kommen dieselben auch in früheren Jahren, ja sogar angeboren vor. Die Grösse der Lipome kann eine sehr beträchtliche sein; man hat Exemplare von 10—20 kg Gewicht exstirpirt.

Leicht mit den Lipomen zu verwechseln sind die hernienartigen Ausstülpungen des Netzes durch eine Lücke in den Bauchmuskeln oder in der Linea alba, die sogenannten Epiplocelen. An eine solche Epiplocele, für deren Vorhandensein besonders eine stielartige Fortsetzung des Tumors in die Bauchhöhle hinein spricht, soll man bei jedem Lipom der Bauchdecken denken, namentlich auch bei Exstirpation der Geschwulst.

Die häufigsten Geschwülste des muskulös-sehnigen Teiles der Bauchwand sind Fibrome, Fibromyome, Fibrosarkome und Sarkome, welche hauptsächlich von dem intermuskulären Bindegewebe und von den Fascien der Bauchdecken ausgehen.

Bei weitem am zahlreichsten sind die reinen Fibrome vertreten. Diese meist langsam wachsenden Geschwülste entstehen besonders in der Gegend der Fossa oder Crista iliaca und in der Scheide des Musculus rectus abdominis. Sie gehen häufig Verwachsungen mit dem Peritoneum ein, sodass bei ihrer Exstirpation ein entsprechendes Stück des letzteren mit entfernt werden muss. Da die Bauchdeckenfibrome oft eine sehr beträchtliche Grösse erreichen, so können sie leicht mit Ovarialtumoren verwechselt werden.

Nicht ganz so häufig wie die reinen Fibrome finden wir die Fibromyome, gutartige knollige Neoplasmen, welche langsam bis zu Faustgrösse heranwachsen können. Im

Übrigen verhalten sie sich klinisch ganz ähnlich wie die Fibrome.

Die Fibrosarkome, eine Zwischenstufe darstellend zwischen den gutartigen Fibromen und den bösartigen Sarkomen, sind meist derbe, ziemlich scharf abgrenzbare Geschwülste, die auch in klinischer Beziehung eine Mittelstellung zwischen beiden einnehmen.

Die reinen Sarkome zeigen schon in ihrem äusseren Verhalten wesentliche Verschiedenheiten; sie präsentiren sich teils als knotige, ziemlich circumscripte Einlagerungen, namentlich wenn sie hauptsächlich aus derben, fibrösen Massen bestehen, teils als höchst bösartige, die Umgebung infiltrirende und nur schwer von derselben abgrenzbare Geschwülste, wie die weichen und zellreicheren unter ihnen. Wie bei den Tumoren überhaupt, so sind auch bei den Sarkomen die härteren, relativ zellärmeren, mehr gutartig, die weichen, zellreicheren, die bösartigen. Die letzteren haben durch ihr infiltrirendes Wachstum grössere Neigung zu Recidiven und in späteren Stadien zur Metastasenbildung.

Was ihren Sitz anbetrifft, so gehen die Sarkome meist von der vorderen mittleren Partie der Bauchwand aus, und zwar am häufigsten von den Musculi recti und deren Aponeurosen sowie von der Linea alba.

Ebenso wie die Fibrome gehen auch die Sarkome, besonders wenn sie aus den tieferen Schichten der Bauchwand hervorgegangen sind, oft Verwachsungen mit dem Peritoneum ein, ein Umstand, welcher bei der Prognose einer eventuellen Operation zu berücksichtigen ist. Die Frage, ob die Geschwulst mit dem Peritoneum verwachsen ist, lässt sich vor der Operation nicht mit Sicherheit entscheiden. Ausser den Verwachsungen mit dem Bauchfell kommen auch solche mit benachbarten Skelettteilen vor, mit der Crista und Spina iliaca und den unteren Rippen, sodass man leicht zu der Annahme gelangen kann, die Tumoren seien von den betreffenden Knochen ausge-

gangen und erst nachträglich in die Bauchdecken hineingewachsen.

Wie bereits oben erwähnt wurde, finden sich die Tumoren der Bauchmuskulatur in überwiegender Mehrzahl beim weiblichen Geschlechte. Von den meisten Autoren wird das Puerperium in ätiologischen Zusammenhang hiermit gebracht. In der That entwickeln sich diese Geschwülste am häufigsten während der Schwangerschaft und kurze Zeit nach der Geburt, besonders im Anschluss an Schwangerschaftsnarben in den sehnigen und muskulösen Teilen der Bauchdecken. Begünstigen diese Narben die Enstehung solcher Tumoren, so wird ihr Wachstum dadurch gefördert, dass der Blutzufluss zum Unterleib während der Gravidität vermehrt ist und dass nach erfolgter Geburt die erschlafften Bauchdecken der Vergrösserung des Tumors nur geringen Widerstand zu leisten vermögen.

Ausser den genannten Geschwülsten finden wir in der Bauchmuskulatur, ebenso wie in der Bauchhaut, ziemlich häufig Gummata und Aktinomykose.

Obwohl eigentlich nicht hierher gehörig, möchte ich an dieser Stelle gewisse, vom praeperitonealen Gewebe ausgehende Geschwülste nicht unerwähnt lassen, da sie wegen ihrer nahen Beziehungen zu den Hernien von besonderem klinischen Interesse sind. Dieselben nehmen von dem zwischen Peritoneum und Fascia transversa gelegenen Binde- und Fettgewebe ihren Ausgang; fast stets sind es Fibrome oder Lipome. Ihre Wichtigkeit beruht darin, dass sie durch Oeffnungen in der Bauchmuskulatur nach aussen treten und Hernien vortäuschen können. Immerhin sind derartige Geschwülste selten und auch in der Litteratur sind nur einige wenige Fälle erwähnt.

Im Anschluss an diese kurze allgemeine Uebersicht lasse ich nun eine Reihe von Fällen, wie sie in der Hallenser chirurgischen Universitäts-Klinik in den letzten zwölf Jahren zur Beobachtung kamen, folgen.

I. Fibrome.

1. Minna J., 28 Jahre alt, Arbeiterfrau aus Giebichenstein. Rec. 5. 6. 93.

Anamnese: Patientin stammt von gesunden Eltern und will selbst stets gesund gewesen sein. Das eine Kind, welches sie geboren hat, lebt und ist gesund. Vor drei Jahren bemerkte Patientin zuerst in den Hautdecken, etwas unterhalb vom Nabel, einen kleinen harten Knoten, der ihr weiter keine Beschwerden machte. Der Knoten vergrösserte sich allmählich, bis er schliesslich eine derartige Grösse erreichte, dass Patientin die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen zu müssen glaubte. Der Arzt riet zur Aufnahme in die hiesige Klinik.

Status präsens: Kräftig genährte, gesund aussehende Frau. Bauchdecken nicht besonders schlaff. Geringe Diastase der Musculi recti. Im Verlaufe des linken Musc. rectus abdominis liegt unterhalb des Nabels ein circa gänseeigrosser Tumor, der nach aussen bis zum lateralen Rand des Rectus reicht. Die Haut über dem Tumor ist nicht verändert, etwas schwer in grossen Falten abhebbar. Der Tumor hat rundliche Form und knorpelige Consistenz. Er ist gegen die Unterlage leicht verschieblich, sobald Patientin die Bauchdecken locker lässt. Spannt sie dieselben an, so wird er schwer beweglich, besonders in der Richtung von oben nach unten. Pat. hat von dem Tumor keine Schmerzen. Beim Umwälzen der Geschwulst mit dem Rectus zusammen fühlt man, dass aus ihr kein Zapfen ins Abdomen geht. Die Geschwulst sitzt breitbasig auf.

Diagnose: Fibrom, ausgehend von der Scheide des Musc. rectus abdominis.

Therapie: Längsschnitt über die Höhe der Geschwulst, der oben und unten die vordere Scheide des Musc. rectus freilegt. Es gelingt, den Tumor aus dem umgebenden Unterhautzellgewebe stumpf zu isoliren bis auf seine Basis, mit der er dem Musc. rectus breitbasig aufsitzt. Nachdem die Scheide desselben jedoch oberhalb des Tumors quer

durchschnitten ist, gelingt es, denselben zusammen mit den oberflächlichen Muskelschichten abzutragen. Der mediale Rand des Musc. rectus, der durch die Eröffnung der Scheide freigelegt ist, wird mit fünf Catgutfäden an die Linea alba herangezogen. Naht der Hautwunde, in deren unteren Winkel ein dünnes Drain eingeschoben wird. Verband.

Die Geschwulst hat ungefähr Apfelgrösse und knorpelharte Consistenz. Eine glatte, derbe Hülle, auf der kleinste, injicirte Gefässe sichtbar sind, umgiebt sie. Auf dem Durchschnitt präsentirt sich ungefähr folgendes Bild: Der Rand unter der Kapsel ist von gelblich-weissem, derben, eine Faserung nur undeutlich zeigenden Gewebe eingenommen. Von hier aus zieht grobfasriges Gewebe von derselben Consistenz und Farbe grösstenteils in der Richtung zur Mitte der Basis der Geschwulst und schliesst mehrere hasel- und überhaselnussgrosse Inseln von rötlichem, zartfasrigem Gewebe zwischen sich. Makroskopisch gewährt der Tumor das Bild eines Fibro-Myoms.

16. 6. Verband-Wechsel. Entfernung der Nähte. Wunde wird mit Heftpflaster zusammengehalten.

23. 6. Fieberloser Verlauf. Pat. mit Verband entlassen.

2. Peter J., 23 Jahre alt, Malergehilfe aus Halle a. S. Rec. 23. 8. 93.

Anamnese: Im Jahre 1890 bemerkte Pat. rechts unterhalb des Nabels einen Knoten, der ihm sehr grosse Schmerzen bereitete, sodass derselbe in Flensburg herausgenommen werden musste. Seit etwa Mitte Mai 1893 bemerkte Pat. auf der linken Seite, etwas oberhalb des Nabels einen anfangs schmerzlosen, beweglichen Knoten. Dieser wurde später fast bohnengross und verursachte grosse Schmerzen. Ausserdem zeigten sich noch an verschiedenen Stellen ähnliche, etwa hirsekorngrosse, manchmal kaum auffindbare Knötchen von derselben Art.

Status präsens: Gut genährter, kräftiger junger Mann. Auf dem Unterleib befindet sich rechts unterhalb des Nabels

eine fast 10 cm lange Narbe und oben links vom Nabel eine fast bohnengrosse, leicht verschiebliche Geschwulst, die für den Pat. sehr schmerzhaft ist. Ausserdem befinden sich links davon und auf der linken 7. Rippe noch kleine, hirsekorngrosse ähnliche Knötchen.

Diagnose: Multiple Fibrome der Bauchdecke.

Therapie: 25. 8. 93. Oberhalb des Nabels, links von der Linea alba wird ein 8—10 cm langer Hautschnitt gemacht und aus dem Fettgewebe ein bohnengrosser, weisser, harter Knoten sowie weiss entartetes Fettgewebe entfernt. Die Wundränder werden vereinigt und ein fester Verband wird angelegt.

2. 9. 93. Fieberloser Verlauf. Verbandwechsel. Die Wunde ist geheilt, die Nähte werden herausgenommen, ein Heftpflasterstreifen wird aufgelegt. Pat. wird als geheilt entlassen.

II. Lipome.

3. Karl H., 42 Jahra alt, Arbeiter aus Hillersleben. Rec. 27. 8. 1900.

Anamnese: Pat. war früher gesund. Seit einigen Wochen hat er über Schmerzen und Spannung „im Bauche" zu klagen. Stuhlgang war normal. Pat. wurde schon 14 Tage vergebens in einen Krankenhause behandelt.

Status präsens: Kräftiger Mann, am ganzen Körper starkes Fettpolster. Der Unterleib ist besonders im Epigastrium druckempfindlich, und bei der Palpation findet man die Fettschicht unter der Haut diffus verdickt und an einzelnen Stellen etwas verhärtet.

Diagnose: Lipome der Bauchdecken.

Therapie: Hautschnitt von ca. 40 cm Länge und Entfernung eines Teiles des Fettgewebes.

6. 9. Entfernung der Nähte und Entleerung eines Haematoms, welches sich etwa in Handbreite gebildet hatte.

5. 10. Pat. wird der Behandlung des Kassenarztes überwiesen. In der Narbe befinden sich noch zwei gut granulirende Defecte.

III. Fibrosarkome.

4. Eugen T., 26 Jahre alt, Markthelfer aus Weissenfels. Rec. 10. 7. 94.

Anamnese: Pat. bemerkte vor fünf Jahren an seiner rechten Hüfte eine etwa weinbeergrosse Geschwulst, deren Entstehung er auf einen Stoss zurückführt. Dieselbe wuchs allmählich zu der jetzigen Grösse heran, die sie seit etwa einem Jahre behalten hat. Schmerzen hat sie nie verursacht.

Status praesens: Kräftig gebauter, gut genährter Mann. In den rechten Regio iliaca findet sich eine faustgrosse Geschwulst, die sich von der Höhe des Nabels bis zur Leistenöffnung, von der Medianlinie bis zur Spina ossis ilei erstreckt. Die fast glatte Oberfläche wird von zwei Furchen durchzogen. Haut ist abhebbar, Consistenz knorpelhart, Kuppe etwas weicher. Von oben nach unten ist der Tumor schwerer verschieblich als senkrecht zum Poupartschen Bande. Der Tumor liegt ausserhalb des Abdomens in den Bauchdecken. Palpation schmerzlos.

Diagnose: Fibrosarkom der Bauchdecken.

Therapie: 16. 7. 94. Hautschnitt an der rechten Spina iliaca ant. sup. beginnend, bogenförmig oberhalb des Lig. Pouparti bis nahe zur Symphyse verlaufend. Herauspraepariren des Tumors zugleich mit der nächstliegenden Musculatur, deren ganze Dicke er bis fast zum Peritoneum durchsetzt. Es entsteht dadurch eine erhebliche Diastase in den Bauchdecken. Dieselbe wird durch dicke versenkte Seidennnähte durch die Musculatur fast völlig geschlossen. Darüber feste Hautnaht. Verband.

23. 7. Verbandwechsel. Prima intentio. Entfernung der tiefen Nähte.

28. 7. Entfernung der letzten Nähte. Anlegen eines Bruchbandes mit breiter, flacher Pelotte.

5. 8. Eine Diastase in den Bauchdecken nicht zu fühlen, nur eine etwas grössere Nachgiebigkeit. Pat. als geheilt entlassen.

5. Pauline S., 27 Jahre alt, Schneidermeisterfrau aus Finsterwalde. Rec. 27. 11. 96.

Anamnese: Pat. hat vor fünf Jahren geboren und bei der Geburt einen Scheidenvorfall bekommen. Im Jahre 1893 wurde bei ihr die künstliche Frühgeburt eingeleitet wegen heftiger, vom dritten Schwangerschaftsmonat an bestehender Blutungen. Pat. bekam hierbei ausser einem Leistenbruch Gebärmutter- und Bauchfellentzündung. Schon in dieser Zeit spürte sie eine etwa wallnussgrosse Geschwulst im Leibe, welche ihr aber keine Schmerzen oder sonstigen Beschwerden verursachte. Nach etwa einem Jahre spürte sie ab und zu ein Stechen in der Geschwulst mit kindsbewegungen-ähnlichen Empfindungen und Zucken. Die Geschwulst wuchs langsam aber regelmässig bis zu ihrer jetzigen Grösse heran.

Status praesens: Kräftig gebaute, gut genährte Frau mit gut entwickeltem Panniculus adiposus. In der Höhe des Nabels sieht man auf der rechten Seite in der Parasternallinie eine deutliche Hervorwölbung. Die Haut, welche wenige Striae zeigt, ist über der Geschwulst unverändert. Bei der Palpation fühlt man vom Rippenbogen nach unten gehend in der Mitte zwischen diesem und dem Nabel einen Tumor von Enteneigrösse, der sich knorpelhart anfühlt, im Verlaufe des Musc. rectus abdominis mit einem Zapfen nach oben, mit einem andern nach unten sich fortsetzt, und in der Gegend der oberen Inscriptio tendinea eine Einschnürung zeigt. Die Haut über der Geschwulst ist abhebbar und verschieblich. Der Tumor selbst lässt sich umgreifen und seitlich verschieben, dagegen nicht von oben nach unten. Bei der Atmung macht der Tumor die Bewegungen der Bauchdecken mit, tritt aus der Tiefe heraus, aber ändert seine Lage nicht, gehört also zweifellos dem Musc. rectus abdominis an. Da man Lues, wofür gar keine Zeichen vorhanden sind, weil auch keine Verwachsungen mit der Umgebung des Tumors bestehen, ausschliessen kann, wird es sich wahrscheinlich nur um ein Fibrosarkom handeln können,

da ein einfaches Fibrom nicht so schnell gewachsen sein würde und auch die für Sarkom characteristischen Zapfen nicht zeigen würde.

Diagnose: Fibrosarkom des Musc. rectus abdominis.

Therapie: 4. 12. 96. Die Geschwulst wird ovalär umschnitten und mit samt der äusseren Haut, Musculatur und hintern Bauchfascie exstirpirt. Dabei wird an einer kleinen Stelle das Peritoneum eröffnet, aber sofort durch einige feine Seidennähte geschlossen. Die Musculatur und Fascie werden sodann soweit es geht zusammen gezogen — es bleibt ein minimaler Defekt am untern Rande — und die unterminirte Haut darüber durch Seidennähte geschlossen. Aseptischer Verband.

23. 12. Heilung per primam. Pat. mit Leibgurt als geheilt entlassen.

6. Emilie B., 30 Jahre alt, Arbeiterin aus Gräfenhainichen. Rec. 31. 1. 98.

Anamnese: Pat. ist verheiratet und hat sechsmal geboren. Vor ungefähr einem Jahre, und zwar nach der letzten Geburt, bemerkte sie in der rechten untern Bauchgegend einen etwa taubeneigrossen festen, verschieblichen Knoten, der ihr nur zeitweise Beschwerden machte, namentlich nach schwerer körperlicher Arbeit. Allmählich wuchs der Knoten bis zu seiner jetzigen Grösse heran, die Beschwerden blieben dieselben.

Status praesens: Gracil gebaute Patientin. Zwischen Nabel und Symphyse besteht eine ziemlich beträchtliche Diastase der Recti. Haut des Abdomens stark gefaltet, zahlreiche alte Striae. In der rechten untern Bauchgegend, etwa zwei Querfinger breit medial von der Spina iliaca anterior superior sieht man eine ungefähr hühnereigrosse Hervorwölbung. Die Haut darüber ist unverändert. Die Oberfläche der Hervorwölbung ist glatt, ihre Consistenz fast knorpelhart. Der Tumor lässt sich umfassen, auf allen Seiten ist er scharf abgegrenzt, nur in der Richtung auf die Spina iliaca hin setzt er sich mit einem Zapfen diffus in

die Musculatur fort. Beim Atemholen wird er aus der Tiefe herausgehoben, bewegt sich aber nicht nach oben oder unten.

Diagnose: Fibrosarkom der Bauchmusculatur.

Therapie: 4. 2. 98. Hautschnitt über die Höhe der Geschwulst, Exstirpation der letzteren mit samt der gesunden Musculatur der Umgebung. Das Peritoneum wird nicht eröffnet. Versenkte Naht der Bauchmuskulatur, Hautnaht, aseptischer Verband.

5. 2. Pat klagt etwas über Leibschmerzen. Darmrohr eingelegt.

14. 2. Allgemeines Wohlbefinden. Verbandwechsel. Die Wunde ist reactionslos geheilt. Entfernung der tiefen Nähte, aseptischer Verband.

2. 3. Pat. wird bei gutem Befinden mit Pelotte als geheilt entlassen.

7. Luise H., 27 Jahre alt, Arbeiterfrau aus Quedlinburg. Rec. 27. 4. 99.

Anamnese: Pat. ist verheiratet und hat drei normale Geburten durchgemacht. Vor anderthalb Jahren wurde sie zum letzten Male entbunden. Schonwährend dieser Schwangerschaft hatte sie hin und wieder, wenn sie hustete, einen Schmerz in der rechten unteren Seite des Leibes bemerkt. Nach der normalen Entbindung war der Schmerz verschwunden. Etwa sieben Wochen nach der Entbindung bemerkte sie dicht oberhalb und nach innen von der rechten Spitze des Beckens (Spina il. ant. sup.) eine etwa mandelgrosse, harte, kaum verschiebliche, ganz schmerzlose Geschwulst. Sie glaubt, dass es dieselbe Stelle war, an der sie während der Schwangerschaft Schmerzen hatte. Diese kleine Geschwulst wuchs ganz langsam, aber stetig, ohne irgend einen Schmerz oder Bescherden zu machen. Keine Stuhlverhaltung, nur hin und wieder Aufstossen. Gegen Weihnachten 98 bemerkte Pat. zum ersten Male Schmerzen in der nun über wallnussgrossen Geschwulst. Sonst aber hatte sie keine Beschwerden ausser dem Aufstossen. Die

Schmerzen nahmen zu, die Geschwulst wuchs langsam weiter.

Status praesens: Kräftige, gut genährte, etwas blasse Patientin. In der Ileocoecalgegend findet man im subcutanen Gewebe einen Tumor von Hühnereigrösse und harter Consistenz. Die Haut über demselben ist verschieblich, sonst ist der Tumor mit den Bauchdecken fest verwachsen. Gegen das Becken ist der Tumor verschieblich, besonders von oben nach unten. Die Fossa iliaca ist frei. Bei Palpation des Tumors hat Pat. Schmerzen.

Diagnose: Fibrosarkom der Bauchmusculatur. Zu denken wäre auch an Myositis gummosa, wofür indessen sonst keine Anhaltspunkte vorhanden sind.

Therapie: In Chloroformnarkose wird der Tumor exstirpirt. Die Operation bestätigt die Diagnose.

19. 5. Entfernung der Nähte. Aseptischer Verband.

25. 5. Verbandwechsel.

4. 6. Pat. als geheilt entlassen.

8. Emilie G., 27 Jahre alt, Bergmannsfrau aus Eisleben. Rec. 26. 9. 1902.

Anamnese: Pat. war früher nie ernstlich krank. Sie hat vier normale Geburten durchgemacht, die letzte vor ca. $^1/_4$ Jahr. Menstruation war immer regelmässig. Im März 1901 fühlte Pat. zum ersten mal in der linken Seite des Leibes eine etwa taubeneigrosse harte Geschwulst. Dieselbe war leicht verschieblich und die Frau ist der Meinung, dass die Geschwulst damals in den Bauchdecken sich befand. Die Geschwulst wuchs ausserordentlich langsam aber fortwährend, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen. Am Ende der letzten Schwangerschaft (letzter Partus 8. Juli) soll die Geschwulst schneller gewachsen sein, doch soll sie auch in dieser Zeit keine Beschwerden gemacht haben. Erst in den letzten fünf Wochen will Pat. manchmal geringe stechende Schmerzen gehabt und ein Klopfen in der Geschwulst gefühlt haben. Irgend welche

Beschwerden seitens des Darmtractus oder der Niere liegen nicht vor.

Status praesens: In der linken Seite des Leibes sieht man eine starke Vorwölbung; die Haut darüber ist von starken Venen durchzogen, sonst aber normal und leicht abhebbar. Bei der Palpation fühlt man einen fast mannskopfgrossen Tumor von fester Consistenz und glatter Oberfläche. Seine Gestalt ist ungefähr eiförmig. In der Gegend der Linea alba ist eine deutliche Kante zu fühlen. Wie weit der Tumor in die Tiefe geht, lässt sich nicht deutlich fühlen. In der Richtung von der rechten Spina zur linken lässt sich der Tumor leicht verschieben, in der Längsrichtung des Rectus aber nicht. Drüsenmetastasen finden sich nicht. Bei Anspannung des Rectus wird der Tumor ruhig gestellt. Perkussionsschall gedämpft.

Diagnose: Fibrosarkom der Bauchmuskulatur. Mit Rücksicht auf Anamnese und Befund muss man wohl annehmen, dass es sich um einen gutartigen Tumor handelt, wofür das langsame Wachstum, das Fehlen von Metastasen und die geringen Beschwerden sprechen. Die Beweglichkeit in der Querrichtung des Rectus, dagegen fast fehlende Beweglichkeit in der Längsrichtung und das scharfe Abschneiden des Tumors mit dem Rectusrand sprechen dafür, dass die Geschwulst von den Bauchdecken ausgeht. Das raschere Wachsen nach den letzten beiden Geburten, besonders während der letzten Gravidität legt den Verdacht einer malignen Degeneration der Geschwulst nahe, da häufig Sarkome durch Traumen oder wie hier häufige Reizung des Rectus durch die Gravidität schon entstanden sind. Der mikroskopische Befund bestätigt die Diagnose Fibrosarkom.

Therapie: 7. 10. 02. Schnitt an der Aussenseite des Tumors nach der Symphyse zu umbiegend. Die Haut lässt sich leicht zurückpräpariren; die epigastrischen Gefässe sind stark dilatirt. Nach deren Unterbindung wird der Tumor isolirt, und es zeigt sich, dass er weiter in den Rectus übergeht, der am oberen und unteren Ende durch-

schnitten wird. Nun hängt der Tumor nur noch am Bauchfell, welches sich grösstenteils stumpf isolieren lässt. Nur in der Mitte entsteht ein ca. handtellergrosser Defekt des Bauchfells. Von den seitlichen Bauchmuskeln lässt sich die Geschwulst leicht trennen. An der medianen Seite der Geschwulst findet sich eine kirschgrosse Metastase. Nun wird das Peritoneum vernäht, danach der fast dreihandtellergrosse Defekt der Bauchmuskulatur durch einen Muskellappen aus der seitlichen Bauchmuskulatur, der seine Basis nach unten hat, gedeckt, nachdem die Bauchmuskulatur durch tiefe Nähte am untern Wundwinkel zusammengezogen ist. Dann wird in der Gegend der Darmbeinkante eine Contraincision gemacht und in diese sowie in den untern Wundwinkel ein Drain eingelegt. Gewicht des exstirpirten Tumors 1545 g.

8. 10. Pat. musste gestern viel erbrechen. Puls ziemlich klein. Das Erbrechen hat heute aufgehört, Pat. fühlt sich sehr elend.

10. 10. Pat. ist fieberlos. Seitens des Abdomens keine Reizerscheinungen.

11. 10. Pat. hatte in der Nacht einen Ohnmachtsanfall, danach einmaliges Erbrechen. Temperatur mittags 38,4.

12. 10. Temperatur gestern abend 39,2; Dämpfung über dem rechten Unterlappen und abgeschwächtes Atmungsgeräusch. Im rechten Mittellappen tympanitischer Schall und bronchiales Atmen.

13. 10. Pat. wirft rostbraunes, pneumonisches Sputum aus, in dem Diplokokken nachweisbar sind. Seitens des Abdomens nicht die geringsten Beschwerden. Die der Pat. gereichte kräftige Kost, Wein, Champagner und Excitantien per os werden gut vertragen. Puls 110, mittelkräftig. Herpes labialis.

17. 10. Pat. ist fieberlos; entleert nur noch wenig Sputum. Verbandwechsel. Wunde völlig reaktionslos. Nähte und Drain entfernt.

IV. Sarkome.

9. Gustav S., 49 Jahre alt, Arbeiter aus Mücheln. Rec. 14. 11. 95.

Anamnese: Seit einigen Jahren bemerkte Pat. Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens beim Husten und Niesen. An derselben Stelle fühlte er im Herbst 94 eine haselnussgrosse, harte, schmerzlose, wenig verschiebliche Geschwulst, die, ohne Schmerzen zu machen, langsam wuchs. Die Schmerzen beim Husten und Niesen waren verschwunden. Erst vor drei Wochen traten wieder Schmerzen auf; der Arzt riet dem Pat., mit der Arbeit aufzuhören, worauf die Schmerzen nachliessen. Der Appetit des Pat. ist gut, nur darf er nicht viel essen, da er sonst Drücken in der Magengegend verspürt. Hin und wieder hat er saures Aufstossen, doch besteht dies schon seit Jahren. Der Stuhlgang war stets regelmässig, einmal am Tag, immer breiig, enthält bereits seit einigen Jahren hin und wieder Beimengungen von dunkelrotem Blut. Diese Beimengung ist in der letzten Zeit nicht häufiger gewesen. Erbrechen hat Pat. nie gehabt. An Körpergewicht will er in der letzten Zeit etwas abgenommen haben.

Status praesens: Kräftig gebauter, gut genährter Mann. Unter dem rechten Rippenbogen findet sich eine Geschwulst von Faustgrösse, von dem Rippenbogen in schräger Richtung bis etwas unter den Nabel ziehend. Sie prominirt etwa um 2 cm. Haut über der Geschwulst nicht verändert. Beim Atmen hebt sich das untere Ende der Geschwulst etwas heraus. Die Haut ist abhebbar, die Oberfläche der Geschwulst glatt, mit einigen Rinnen und Furchen. Die Consistenz ist knorpelhart, in der Mitte eine etwas weichere Stelle, an den Rändern sind einige zapfenförmige Fortsätze zu fühlen. Die Geschwulst reicht bis einen Querfinger breit unter den Nabel. Von rechts her lässt sie sich umgreifen. Sie nimmt den oberen Teil des rechten Musc. rectus abdominis ein, scheint in der Muskelscheide zwischen zwei Inscriptiones tendineae zu liegen, ist etwa

fünf Centimeter dick. Fluktuation ist in ihr nicht nachzuweisen.

Diagnose: Sarkoma Musc. recti abdominis dext. Differentialdiagnostisch käme noch ein Gumma Musc. recti in betracht, da jedoch nach einer antiluetischen Kur (Solutio Kal. jodat., Innunctionskur) die Geschwulst nicht kleiner, sondern grösser geworden ist, lässt sich die Diagnose Gumma nicht mehr aufrecht erhalten.

Therapie: Schnitt in der Mittellinie dicht unterhalb des Proc. ensiformis beginnend, bogenförmig längs des rechten Rippenbogens verlaufend, dann einen Halbkreis beschreibend zurück zur Linea alba, drei Finger breit unterhalb des Nabels endigend, sodass ein halbbogenförmiger Lappen mit der ca. 16 cm langen Basis in der Linea alba entsteht, mit der bogenförmigen Spitze nach rechts gelegen. Dieser Hautlappen wird bis zur Basis zurückpräparirt und darauf mit der Exstirpation des Tumors begonnen. Derselbe wird nach allen Seiten 2 cm von seinem Rande entfernt umschnitten und zwar durch die ganze Dicke der Bauchmuskulatur. Dadurch kommt auch ein nicht ganz handtellergrosses Stück Peritoneum in Fortfall. Die Epigastrica wird vorher gefasst und unterbunden. Zur Deckung des so entstandenen Defektes in der Bauchmuskulatur wird der rechte Musc. rectus unterminirt und mit starken Catgutnähten nach rechts herübergezogen; es gelingt auch so, die Muskulatur von rechts und links über dem Defekt zu vernähen. Über diese Muskelnaht wird dann der Hautlappen herübergeschlagen und wieder eingenäht. Ein mit Jodoformgaze umwickeltes Drain wird am untern Ende des Lappens unter diesen heruntergeschoben. Aseptischer Verband. Innerlich Tinct. Opii.

Beim Durchschnitt durch das exstirpirte Stück zeigt es sich, dass weit im Gesunden operirt wurde. Nach dem Peritoneum zu geht der Tumor dicht an dieses heran, ohne aber in dasselbe hineingewachsen zu sein.

19. 12. 95. Stets gutes Allgemeinbefinden, kein Aufstossen oder Erbrechen. Verbandwechsel, Erneuerung des Drains. Die Spitze des Lappens ist gangränverdächtig.

23. 12. 95. Allgemeinbefinden gut. Wunde stark secernirend, an der Spitze Gangrän. Verband wie früher.

3. 1. 96. Noch immer starke Sekretion. Entfernung einiger Catgutfäden. Kleiner Hautdefekt an der Spitze des Lappens.

6. 1. 96. Geringere Sekretion. Fortlassen des Drains.

28. 1. 96. Wunde heilt bis auf ganz kleine granulirende Fläche. Allgemeinbefinden durchaus gut. Pat. wird entlassen und erhält eine breite Gummibinde mit grosser flacher Pelotte.

7. 2. 96. Pat. stellt sich wieder vor. Befinden gut. Narbe völlig fest.

10. Ida M., 27 Jahre alt, Schmiedfrau aus Zeulenroda. Rec. 3. 7. 1900.

Anamnese: Hereditäre Belastung liegt nicht vor. Pat. war bisher gesund; sie hat zwei normale Wochenbetten durchgemacht, das letzte vor zwei Jahren. Anfang November 1899 bemerkte sie in der linken Seite des Leibes eine etwa hühnereigrosse harte Geschwulst, die verschieblich war und keine Beschwerden verursachte. Die Geschwulst ist in der Zwischenzeit allmählich gewachsen, doch soll sie in den letzten Wochen sich schneller vergrössert haben, immer ohne der Pat. Beschwerden zu machen. In den letzten Tagen will Pat. öfter Stechen in der Geschwulst gefühlt haben.

Status präsens: Mässig ernährte Patientin. In der linken Hälfte des Abdomens findet sich eine etwa faustgrosse, sich halbkugelig vorwölbende Geschwulst, die bis zur Mittellinie und Mamillarlinie, sowie etwa fingerbreit über die Spina iliaca ant. sup. reicht, während sie sich nach oben bis fingerbreit unterhalb des Rippenbogens erstreckt. Die Haut über der Geschwulst zeigt ausser den auch sonst auf dem Abdomen zahlreich vorhandenen alten Striae nichts Besonderes; sie ist abhebbar und über der Geschwulst ver-

schiebbar. Die Oberfläche der Geschwulst hat einige Rinnen, sonst ist sie glatt. Die Consistenz ist knorpelhart. Bei der Inspiration wird der Tumor gehoben, verschiebt sich aber nicht von oben nach unten.

Diagnose: Sarkom der Bauchdecken.

Therapie: 13. 7. Exstirpation des Tumors.

Am zweiten, vierten und siebenten Tage nach der Operation eine Temperatur von 38°. Sonst fieberloser Verlauf.

11. 8. Pat. als geheilt entlassen.

V. Carcinom.

11. Gottlob E., 51 Jahre alt, Arbeiter aus Siebigerode. Rec. 18. 8. 91.

Anamnese: Pat. bemerkte vor acht Wochen auf der Bauchdecke dicht über dem Nabel eine etwa bohnengrosse Geschwulst, welche allmählich wuchs. Bald jedoch sei dieselbe zerfallen und es hätte sich bei fortwährendem Wachsen eitrige Masse abgesondert.

Status präsens: Pat. ist kräftig gebaut. Ungefähr fingerbreit über dem Nabel befindet sich eine 5 cm lange und 3 cm breite, über das Hautniveau etwas hervorragende Geschwulst. Die Ränder derselben sind scharf und graublau verfärbt. Die übrige Oberfläche ist gefurcht, man bemerkt deutlich geringe Erhebungen; in den Furchen befindet sich ein schmutzig-grauer Belag. Die Geschwulst ist von der Unterfläche nicht verschiebbar, sondern sendet Zapfen bis auf die innere Fascie.

Diagnose: Hautcarcinom der Bauchdecke.

Therapie: Die Geschwulst wird ungefähr 1 cm weit im Gesunden umschnitten und exstirpirt. Wundnaht, aseptischer Verband.

Die Wunde heilt gut. Pat. wird am 15. 9. als geheilt entlassen.

VI. Gummata.

12. Carl P., 30 Jahre alt, Schuhmacher aus Merseburg. Rec. 3. 4. 91.

Anamnese: Keine erbliche Belastung; Pat. war bisher immer gesund. Seit ca. drei Wochen bemerkt er eine Geschwulst in der rechten untern Bauchseite. Bis vor acht Tagen hat die Geschwulst an Grösse zugenommen; Schmerzen, die früher bestanden, haben jetzt vollständig aufgehört. Beschwerden hat Pat. nicht von der Geschwulst, nur manchmal nachts Stechen. Pat. will nie luetisch inficirt gewesen sein. Seit einem Jahre ist er verheiratet, geboren hat seine Frau noch nicht.

Status präsens: Kräftig gebauter Mann. Kein Zeichen von überstandener oder bestehender Lues. Allgemeinbefinden gut. In der rechten Unterbauchgegend ist eine von der Symphyse sich nach oben und nach aussen erstreckende, mit den Bauchdecken verschiebliche, vom Rectum kaum mit dem Finger erreichbare, sich also nicht in das kleine Becken fortsetzende Geschwulst. Sie ist auf Druck nicht empfindlich, etwa zweifaustgross, von derber Consistenz. Sie besteht aus zwei Zapfen, von denen der eine von der Symphyse nach oben im Musc. rectus verläuft, während der andre parallel dem Poupartschen Bande in den Musc. obliquus übergeht.

Diagnose: Gumma im Musc. rectus und Musc. obliquus abdominis.

Therapie: Sol. Kal. jodat. 10,0 : 200,0; 4 mal täglich 1 Esslöffel.

18. 4. Pat. als gebessert entlassen.

13. Emilie L., 36 Jahre alt, Gärtnersfrau aus Töpelditz. Rec. 6. 2. 92.

Anamnese: Erbliche Belastung nicht vorhanden. Pat. hat unter vier Geburten beim dritten Male eine Fehlgeburt im vierten Monat gehabt. Seitdem will sie sich nicht mehr so wohl fühlen wie früher. Vor drei Wochen will sie zuerst beim Husten heftige Schmerzen links unten in den Bauchdecken gefühlt haben.

Status praesens: Kleine, gesund aussehende Frau. In der untern Hälfte des linken Musc. rectus abdominis fühlt man eine etwa 5 cm lange und 3 cm breite Anschwellung

von ziemlich weicher Consistenz, im Rectus nicht verschieblich. Die Palpation macht der Pat. geringe Schmerzen.

Therapie: Kal. jodat. Pat. wird am 8. 2. auf 8 Tage beurlaubt und ist dann nicht wiedergekommen.

14. Charlotte B., 35 Jahre alt, Spinnersfrau aus Kalbe. Rec. 17. 5. 97.

Anamnese: Keine erbliche Belastung. Pat. ist bisher stets gesund gewesen. Im Jahre 91 bekam sie, ohne dass sie eine Ursache dafür auzuführen wusste, Stiche in der rechten Seite. Dieselben sollen sich seit dieser Zeit niemals ganz verloren haben, nur manchmal stärker, manchmal schwächer gewesen sein. Sie behandelte sich selbst mit Mohnöl-Einreibungen. Anfang Mai 97 trat plötzlich, wieder ohne nachweisbare Ursache, eine Verschlimmerung ein, und diesmal dauerte es mehrere Tage, ehe die Schmerzen etwas nachliessen. Zugleich bemerkte Pat. in der schmerzhaften Seite eine Geschwulst, die auf Druck sehr empfindlich war. Magenbeschwerden waren nie vorhanden; Stuhlgang stets regelmässig, von normaler Farbe.

Status praesens: Kräftig gebaute, nicht abgemagerte Pat., von gesunder Hautfarbe. Unter dem rechten Rippenbogen, etwa in der vorderen Axillarlinie, befindet sich ein ungefähr faustgrosser, rundlicher Tumor. Die Haut über demselben ist unverändert. Seine Consistenz ist hart, etwas härter noch als ein gespannter Muskel. Nach oben und hinten ist er nicht deutlich abzugrenzen, dagegen sind seine Conturen nach unten und vorn scharf. Die Oberfläche ist glatt. Bei Atembewegungen scheint er etwas mitzugehen, jedoch nur in der Richtung von innen nach aussen, nicht von oben nach unten. Die Muskulatur der Bauchdecken ist nur in ihren oberen Lagen, aber auch hier nur wenig von dem Tumor abhebbar. Er scheint also extraperitoneal zu sitzen, sein Ausgangspunkt müsste demnach die Fascie oder der Musc. transversus abdominis sein. Am meisten Wahrscheinlichkeit hat die letztere Annahme.

Diagnose: Myositis gummosa Musc. transversi abdominis.

Therapie: Pat. bekommt zunächst Jodkali in grossen Dosen.

Sie wird vorläufig nach Haus entlassen. Ist in vier Wochen keine Verkleinerung der Geschwulst eingetreten, so wäre eine Operation angezeigt.

VII. Aktinomykose.

15. Emilie M., 14 Jahre alt, Dienstmädchen aus Zerbau. Rec. 4. 1. 99.

Anamnese: Keine erbliche Belastung, Pat. war bisher immer gesund Am 30. Oktober 98 plötzliche Erkrankung, beim Anziehen klagte sie über Übelkeit und Schmerzen im Unterleib, will ohnmächtig geworden sein und lag drei Tage im Bett. Erbrechen, Aufstossen und Magenschmerzen hatte sie nicht. Ungefähr Mitte December 98 bemerkte Pat., dass in der Magengegend ein kleines Knötchen entstand, welches zuerst wenig schmerzhaft war, jedoch schnell bis zur Grösse eines Gänseeies wuchs, wobei die Schmerzen zunahmen.

Status praesens: Rechts von der Medianlinie, drei Finger breit über dem Nabel, findet sich eine etwa thalergrosse Geschwulst. Sie ist auf Druck schmerzhaft, mit der Haut verschieblich, abgrenzbar, ihre Oberfläche ist gerötet. Kein Erbrechen, Appetit gut; Stuhlgang täglich schmerzlos, Urin normal. Die Geschwulst soll bedeutend abgenommen haben.

Diagnose: Aktinomykotischer Bauchdeckenabscess.

Therapie: Die Geschwulst wird durch einen, etwa drei Finger breit rechts von der Medianlinie, zur letzteren parallel verlaufenden, ca. 10 cm langen Schnitt incidirt. Es entleert sich eine dickflüssige, gelbe, mit zahlreichen hirsekorngrossen Partikelchen durchsetzte Flüssigkeit. Mit dem scharfen Löffel wird dann der Rest des Tumors ausgekratzt. Tamponade, aseptischer Verband.

19. 1. 99. Sekundärnaht.

1. 3. 99. Wunde vernarbt, keine Beschwerden. Pat. als geheilt entlassen.

16. Karl B., 23 Jahre alt, Arbeiter aus Stassfurt. Rec. 10. 2. 1900.

Anamnese: Keine erbliche Belastung; Pat. war bisher stets gesund. Anfang September 99 verspürte er plötzlich heftige stechende Schmerzen in der linken Seite unterhalb des Rippenbogens. Die Schmerzen traten nur zeitweise, besonders nachmittags, auf und dauerten einige Stunden. Pat. bemerkte an der schmerzhaften Stelle eine kleine bohnengrosse Verhärtung, die Stelle selbst war nicht angeschwollen. In den ersten acht Tagen der Erkrankung hatte Pat. heftige, andauernde Durchfälle. Die Verhärtung nahm mit der Zeit an Grösse und Schmerzhaftigkeit zu. Seit vierzehn Tagen verspürt Pat. ziehende, länger andauernde Schmerzen, die von der verhärteten Stelle nach der Brust, den Schultern und dem Kreuz hin ausstrahlen; auch über zunehmende Kopfschmerzen hat Pat. in der letzten Zeit zu klagen. Appetit und Stuhlgang ist gut. Seit einigen Tagen bestehen auch stechende Schmerzen in der linken Brusthöhle, verbunden mit Husten und Auswurf.

Status praesens: In der vorderen Axillarlinie bemerkt man unterhalb des linken Rippenbogens eine geringe Hervorwölbung, über welcher dte Haut etwas bräunlich verfärbt ist. Bei der Palpation fühlt man an dieser Stelle einen derben, bandartigen Strang von ca. 8 cm Länge, der von innen nach aussen oben zieht und mit der Haut fest verwachsen ist. Die Consistenz ist in den äusseren Partieen knorpelhart, nach innen wird sie etwas weicher. Ein Zapfen des derben Infiltrats geht in die Muskulatur hinein.

Diagnose: Aktinomykose der Bauchdecken.

Therapie: Warme Umschläge; innerlich Jodkalium. Da keine Besserung eintritt am 21. 2. Exstirpation des Tumors.

28. 2. Verbandwechsel. Pat. hat die Operation gut überstanden. Keine Temperaturerhöhung.

4. 3. Pat. als geheilt entlassen.

Leider befindet sich unter diesen 16 mir zu Gebote stehenden Fällen keine einzige vom Nabel ausgehende Geschwulst.

Da es zu weit führen würde, wenn ich den histologischen Befund jedes einzelnen Falles besprechen wollte, will ich mich darauf beschränken, im Grossen und Ganzen den Aufbau der Tumoren zu beschreiben.

Das Fibrom, welches seiner Struktur nach dem gewöhnlichen Bindegewebe ähnelt, besteht aus unregelmässig sich durchflechtenden Fasern und kleinen, spindelförmigen, teilweise auch runden Zellen. Der Consistenz nach unterscheidet man gewöhnlich eine harte und eine weiche Form. Die harten Formen bestehen aus festen, groben Faserbündeln mit spärlichen Zellen, während die weichen aus lockerem, zellreicherem Bindegewebe aufgebaut sind. Natürlich giebt es zwischen beiden Formen zahlreiche Übergänge. Die weicheren Formen kommen vorzugsweise, wie schon oben ewähnt wurde, in der Haut vor, die härteren, zu denen die beiden hier angeführten Fälle gehören, gehen dagegen meist von den tieferen Schichten aus, in unserm ersten Falle von der Scheide des Musc. rectus, im zweiten vom subcutanen Gewebe. Die Schnittfläche ist in der Regel weisslich, glänzend. Von regressiven Processen kommen besonders vor hyaline Degeneration, fettige Degeneration und Verkalkung.

Die Lipome bestehen aus gewuchertem Fettgewebe und bilden rundliche oder gelappte, häufig von einer bindegewebigen Kapsel umgebene Geschwülste. Bald sind die Wucherungen umschrieben, bald mehr diffus. Auf der Schnittfläche lassen die Lipome deutlich die einzelnen Läppchen des Fettgewebes erkennen. Mikroskopisch finden wir das charakteristische Bild der Fettzellen, umgeben von spärlichem Bindegewebe.

Bei den Fibrosarkomen finden wir neben plasmaarmen, denen des fibrillären Bindegewebes gleichenden spindeligen Elementen reichliche Fibrillen entwickelt, sodass die Geschwulst sich eigentlich nur durch die grosse Zahl der Zellen von einem Fibrom unterscheidet. Neben den spindelförmigen finden sich, wenn auch seltener, rundliche Bindegewebskerne in die Faserbündel eingelagert.

Das Sarkom, ebenso wie die eben genannten Tumoren eine Neubildung des Bindegewebes, weicht in seiner Struktur erheblich von den fertigen Geweben der Bindesubstanzgruppe ab, dagegen zeigt es eine ausgesprochene Übereinstimmung mit dem embryonalen Zustand derselben. Charakteristisch für das Sarkom ist ein grosser Reichtum an zelligen Elementen neben verhältnismässig spärlich entwickelter und wenig differenzirter, faseriger, homogener oder leicht körniger Grundsubstanz. Der embryonale Charakter zeigt sich besonders in der Beschaffenheit der einzelnen Zellen. Es finden sich kleine Rundzellen, vielfach aber sind die Zellen grösser, rundlich, spindel- oder sternförmig, häufig zwei- oder mehrkernig. Nicht selten findet man Riesenzellen. Die Kerne der Sarkomzellen sind meist hell und bläschenförmig, deutlich nukleolirt. Auffallend ist die grosse Ähnlichkeit, welche die Sarkomzellen mit denen des jugendlichen Granulationsgewebes aufweisen.

Sarkombildung kommt bei allen Geweben der Bindesubstanzgruppe vor; gewisse Eigentümlichkeiten sowohl der Zellen wie der Grundsubstanz des Sarkoms zeigen uns häufig noch an, von welchem Gewebe dasselbe seinen Ausgang genommen hat.

Nach der Art der Zellen und der sonstigen Struktur der Sarkome unterscheidet man folgende Formen, zwischen denen sich natürlich zahlreiche Übergänge finden (Schmaus, Grundriss der pathologischen Anatomie):

1. Das kleinzellige Rundzellensarkom. Dasselbe besteht aus kleinen, den weissen Blutkörperchen ähnlichen Rundzellen und geringer Intercellularsubstanz. Seine Schnitt-

fläche ist weiss, seine Consistenz weich. Es wächst sehr rasch und ist äusserst bösartig.

2. Das grosszellige Rundzellensarkom. Dieses hat rundliche, grössere Zellen mit meist hellem Kern und ebenfalls wenig Grundsubstanz. Es wächst nicht so rasch und ist nicht ganz so bösartig wie das vorige, dem es sonst in klinischer Beziehung ähnelt.

3. Das Spindelzellensarkom. Es besteht aus grösseren oder kleineren Spindelzellen, welche häufig an einander gereiht sind. Zwischensubstanz ist in wechselnder Menge vorhanden und dementsprechend ist die Consistenz weicher oder härter. Es ist eine sehr häufig vorkommende Sarkomform.

4. Das Riesenzellensarkom. Neben den verschiedenen andern Zellformen kommen hier reichlich die sogenannten Riesenzellen vor, sehr grosse, vielkernige Zellen von runder oder verschiedenartiger Gestalt.

5. Das Sternzellensarkom mit sternförmigen Elementen in netzartiger Anordnung.

6. Das Myxosarkom mit grossen, verzweigten, anastomosirenden Zellen und schleimiger Grundsubstanz.

7. Das seltene, dem kleinzelligen Rundzellensarkom ähnliche Lymphosarkom, welches charakterisirt ist durch das Vorhandensein einer retikulären Grundsubstanz, wie sie z. B. in den Lymphdrüsen vorkommt.

8. Das Osteosarkom, in welchem Knochenbälkchen vorkommen und welches hauptsächlich vom Knochen und Periost, aber auch von andern Stellen, z. B. Knorpel oder Bindegewebe, ausgeht.

9. Das Chondrosarkom. Dieses gleicht teilweise dem Chondrom, nur ist es zellreicher und die Zellen, oft auch die Grundsubstanz, verlieren mehr den knorpeligen Charakter.

10. Das Alveolarsarkom. Hier zeigen die Sarkomzellen epitheloiden Charakter und liegen gruppenweise zusammen, während die Intercellularsubstanz an solchen Stellen besonders spärlich ist. Das Alveolarsarkom kann leicht

mit einem Carcinom verwechselt werden, von dem es sich nur durch die Anwesenheit einer, wenn auch spärlichen, Grundsubstanz und den innigen Zusammenhang der Zellen mit dieser Grundsubstanz unterscheidet.

11. Das Angiosarkom; dies ist eine Form, deren Zellstränge sich besonders deutlich an den Verlauf eines Gefässes anschliessen.

12. Das Melano- oder Pigmentsarkom. Es ist ausgezeichnet durch die Gegenwart eines braunen oder schwarzen Pigmentes, welches fast immer in den Zellen, selten in der Intercellularsubstanz liegt. Meist tritt es an Stellen auf, die schon physiologisch Pigment enthalten, z. B. an der Haut. Es gehört zu den bösartigsten Tumoren.

Leider ist bei den beiden hier angeführten Fällen nicht ersichtlich, welcher Form des Sarkoms dieselben angehört haben.

Die Carcinome entstehen durch atypische Wucherung epithelialer Zellen, die in einem teils alten, teils neugebildeten, bindegewebigen Stroma liegen. Die wuchernden Epithelmassen dringen in Form von Strängen und Zapfen in das darunter liegende Bindegewebe ein, wobei sie zunächst in die zwischen den Bindegewebsbündeln liegenden Spalten vordringen, dieselben allmählich ausfüllend. Da diese Spalträume des Bindegewebes ein zusammenhängendes System bilden, so stellen nach ihrer Ausfüllung die Carcinomzellen ebenfalls ein zusammenhängendes und vielfach anastomosirendes Netzwerk dar. Da ähnlich gestaltete Zellen aber auch in vielen Sarkomen vorkommen, so muss für die Unterscheidung beider Geschwulstarten auf das Lageverhältnis der Zellen Gewicht gelegt werden. Auf Schnitten durch die Geschwulst sehen wir die durchschittenen Epithelstränge in Form von soliden Nestern oder drüsenähnlichen Einlagerungen, allseitig von Bindegewebszügen umschlossen, liegen. Durch dieses Bindegewebe werden Hohlräume, Alveolen, gebildet, in denen die Krebszellen in epithelialer Anordnung, d. h. ohne

Zwischensubstanz, gelegen sind, im Gegensatz zu den Sarkomzellen, die stets von mehr oder weniger Intercellularsubstanz umgeben zu sein pflegen.

Man unterscheidet gewöhnlich drei Hauptformen des Carcinoms. Erstens das Carcinoma simplex, welches in den drüsigen Organen des Körpers angetroffen wird und dessen histologischer Bau je nach dem befallenen Organ verschieden ist. Die zweite Form ist der Plattenepithelkrebs oder das Cancroid, welches von der äusseren Haut, deren Talgdrüsen und Haarbälgen oder von den Plattenepithel tragenden Schleimhäuten ausgeht. Um ein solches Cancroid dürfte es sich bei dem oben beschriebenen Fall von Bauchdeckencarcinom handeln. Die dritte Art ist das Cylinderzellencarcinom, welches hauptsächlich an den Schleimhäuten des Verdauungstractus und am Uterus vorkommt.

Das Gumma stellt eine graurötliche Masse von weicher, gallertartiger Consistenz dar. Mikroskopisch besteht es aus Rundzellen, grossen spindelförmigen oder unregelmässig gestalteten, epitheloiden Zellen, neben denen mehr oder minder zahlreich Riesenzellen vorkommen. Eingebettet sind diese Zellen in ein reichlich entwickeltes, faseriges Zwischengewebe. Sehr häufig geht die Neubildung von der Wand der kleinsten Gefässe aus.

Die Aktinomykose bildet beim Menschen diffuse, ziemlich rasch eitrig zerfallende Infiltrate, die vorzugsweise an den Kiefern, in der Mundhöhle und am Halse, nicht gerade selten aber auch an den Bauchdecken, vorkommen. In den Aktinomykose-Geschwülsten finden sich charakteristische gelbe, hanfkorngrosse, feste Körner. Unter dem Mikroskop sieht man, dass diese Körner aus einem Gewirr verzweigter Fäden bestehen, die von einem gemeinsamen Mittelpunkt ausstrahlen und eigentümliche, kolbenartige Anschwellungen besitzen.

Was nun die Aetiologie aller dieser Geschwülste betrifft, so ist dieselbe in den meisten Fällen noch dunkel; das beweisen schon die zahlreichen Hypothesen, die von

den verschiedenen Forschern aufgestellt sind. Nur zwei ätiologische Momente sind es, die wohl alle Autoren gelten lassen: einerseits die Anlage oder Praedisposition, welche angeboren oder erworben sein kann, andrerseits der äussere Anstoss, der in einem mechanischen oder chemischen Reiz besteht und der die vorhandene Anlage zur Entfaltung bringt. So bilden sich gelegentlich im Anschluss an ein Trauma Geschwülste aus, besonders Sarkome und Carcinome. Inwiefern beim weiblichen Geschlecht Gravidität und Puerperium auf die Entstehung von Bauchdeckentumoren von Einfluss sein können, haben wir bereits oben gesehen. Ohne Zweifel kommen hier ebenfalls besonders mechanische Reize in betracht. In andern Fällen sind es dagegen hauptsächlich chemische Reize, die in Frage kommen, z. B. beim Lippencarcinom der Pfeiffenraucher und beim Theer- und Paraffinkrebs der Arbeiter in Theer- und Paraffinfabriken.

Von den vielen Theorien, die sich heute in betreff der Aetiologie der Tumoren gegenüberstehen, kann man wohl die vier von Virchow, Cohnheim, Billroth und Jürgens als die wichtigsten bezeichnen. Virchow und seine Anhänger legen besonderes Gewicht auf den äussern Reiz, erst in zweiter Linie auf eine lokale, angeborene oder erworbene Disposition. Umgekehrt betont Cohnheim in erster Linie die örtliche Disposition und erst in zweiter das Trauma. Nach seiner Ansicht beruht die lokale Disposition in einem Fehler der embryonalen Anlage, und zwar sind es versprengte embryonale Keime, durch deren Wucherung die Neubildungen entstehen sollen.

Billroth hingegen stellt die Theorie der allgemeinen Disposition des Organismus zur Geschwulstbildung auf. Nur wenn diese allgemeine Disposition vorhanden ist kann nach seiner Ansicht durch ein Trauma eine Geschwulst entstehen.

Im Gegensatz zu allen diesen Autoren stellt Jürgens die Theorie von der Infektiosität der Tumoren auf. In der That ist es ihm gelungen, nachzuweisen, dass es beim

Menschen Sarkome giebt, die zweifellos als infektiös angesehen werden müssen, da sie sich auf Tiere überimpfen lassen.

Wenn man nun auch nicht leugnen kann, dass jede von diesen Theorien gewisse Wahrscheinlichkeiten hat, so ist doch im Grunde eine von ihnen so wenig bewiesen wie die andre — es bleiben eben Theorien. Eine Verallgemeinerung einer Theorie und Anwendung derselben auf alle Tumoren ist sicher nicht möglich; die Ätiologie der Geschwülste ist wahrscheinlich keine einheitliche.

Sicher infektiöser Natur sind nur, wie ja auch schon aus der Bezeichnung „infektiöse Granulationsgeschwülste" hervorgeht, das Gumma und die Aktinomykose, von denen das erstere durch das specifische Virus der Syphilis, die letztere durch den Strahlenpilz hervorgerufen wird.

Die Diagnose der Bauchdeckentumoren wird in den meisten Fällen, namentlich dann, wenn der Tumor in der Haut oder dem subcutanen Gewebe seinen Sitz hat, keine erheblichen Schwierigkeiten machen. Bedeutend schwerer kann jedoch die Diagnose eines von den tieferen Teilen ausgehenden Tumors werden, da hier eine Verwechslung mit einem intraabdominellen Tumor leicht möglich ist. Da ein solcher intraabdomineller Tumor, der von einem der Unterleibsorgane ausgeht, den respiratorischen Bewegungen des Zwerchfells folgen muss, so kann man ihn daran erkennen, dass er mit den Atembewegungen auf und ab steigt, wobei er sich gegen die Bauchdecken verschiebt. Grosse Schwierigkeiten in der Diagnose können jedoch solche Tumoren der Bauchhöhle machen, die nachträglich mit den Bauchdecken verwachsen sind oder umgekehrt solche Tumoren der Bauchdecken, die mit Unterleibsorganen in Verbindung getreten sind. Nur genaue Perkussion, Palpation und Untersuchung per rectum, bei Frauen auch Untersuchung per vaginam oder kombinirte Untersuchung kann in diesem Falle ein sicheres Resultat ergeben.

Über Form und Grösse der Geschwülste unterrichtet man sich durch Umgreifen derselben; bei schlaffen Bauchdecken wird dies meist leicht gelingen, bei sehr straffer Spannung dagegen muss man eventuell die Narkose zu Hilfe nehmen. Durch dieses Umgreifen orientirt man sich gleichzeitig auch darüber, in welcher Schicht der Bauchdecken der Tumor sitzt. Lässt sich die Geschwulst gut umgreifen und leicht verschieben, so geht sie von der Haut oder dem subcutanen Gewebe aus; ist sie aber nicht oder nur schwer zu umgreifen und lässt sie sich nur wenig oder garnicht hin und her bewegen, so gehört sie den Muskeln, Fascien oder Aponeurosen an.

Hat man nun mit Sicherheit festgestellt, dass der Tumor in den Bauchdecken gelegen ist, so kann die Differentialdiagnose noch Schwierigkeiten machen. Das Fibrom z. B. kann mit anderen harten, auch mit weichen Geschwülsten verwechselt werden. Vielfach ist es nicht leicht zu entscheiden, ob die Neubildung mehr fibröser oder sarkomatöser Natur ist. Erwägt man jedoch mit der Consistenz zugleich die charakteristischen Erscheinungen, die wir für die andern, differentialdiagnostisch hier in betracht kommenden Geschwülste, wie Fibrosarkom, Sarkom, Carcinom, Osteom und Cysten haben, so wird die Diagnose des Fibroms meist nicht schwer per exclusionem gelingen. Für das reine Fibrom sind besonders charakteristisch: die geringe oder ganz fehlende Schmerzhaftigkeit, die nicht sehr breite Basis der Geschwulst und die gleichmässige Oberfläche.

Die differentielle Unterscheidung zwischen Fibrom und dem ihm klinisch sehr nahestehenden Fibrosarkom kann sehr schwer sein. Das Fibrosarkom wächst meist etwas schneller, es geht Verwachsungen mit der Haut ein, macht öfter Schmerzen, hat etwas weichere Consistenz und hat an seiner Oberfläche häufig kleine Vorwölbungen.

Die Diagnose des Lipoms wird selten schwierig sein. Sie gründet sich hauptsächlich auf den Nachweis der weichen, verschiebbaren, lappigen Beschaffenheit desselben. Bei Druck

auf die Geschwulst fühlt man häufig ein leichtes Knittern. Oft sind an der Haut über den Lipomen kleine Grübchen sichtbar.

Die Diagnose des Sarkoms ergiebt sich aus der Entwicklung und dem Verhalten des Tumors. Relativ häufig kommt es im Anschluss an ein Trauma vor. Im Allgemeinen hat man jede in den Jugendjahren auftretende, schnell wachsende, elastische Geschwulst, die sich nicht anderweitig als Cyste oder als Abscess zu erkennen giebt, für ein Sarkom zu halten. Am leichtesten mit Sarkom zu verwechseln ist das Gumma. Bei der Differentialdiagnose ist besonders darauf zu achten, ob sich noch andere Zeichen von Lues bei dem Patienten finden, bei Frauen auch, ob Fehlgeburten stattgefunden haben. Ferner muss man den Erfolg einer antiluetischen Kur abwarten; ist der Tumor während derselben noch gewachsen, so kann man Gumma ausschliessen.

Die Diagnose des Carcinoms ist gewöhnlich nicht schwierig. Für das Carcinom sind die mehr oder weniger weit greifende, harte Infiltration, die in das umliegende Gewebe eindringenden, zapfenartigen Fortsätze und die grosse Neigung zu ulcerösem Zerfall charakteristisch. In zweifelhaften Fällen allerdings wird die Entscheidung nur durch mikroskopische Untersuchung möglich sein.

Für die Diagnose der Aktinomykose sind die charakteristischen gelben Körnchen und der mikroskopische Nachweis des Strahlenpilzes von entscheidender Bedeutung.

Die Prognose der Bauchdeckentumoren ist verschieden je nach der Art und dem genauern Sitze des Tumors. Im Allgemeinen ist sie, selbst bei den malignen Geschwülsten, nicht ungünstig, wenn die Geschwülste frühzeitig exstirpirt werden, bevor ausgedehntere Verwachsungen mit dem Peritoneum eingetreten sind. Je grösser diese Verwachsungen sind, um so gefährlicher ist die Operation. Die Prognose der Fibrome und Lipome ist durchaus gut, da sie lokal bleiben und nicht das Nachbargewebe zerstören wie die

Sarkome und Carcinome, die ausserdem durch Metastasenbildung gefährlich werden können. Sehr häufig ist die Nekrose in Form der Geschwürsbildung, der Ulceration, besonders bei Carcinomen. Es ist dann Gefahr vorhanden, dass eine Verjauchung des Tumors eintritt oder dass sich Blutungen aus dem ulcerirten Tumor einstellen, die so schwer werden können, dass sie sogar das Leben gefährden. Bei den Sarkomen und Carcinomen sind nach der Exstirpation auch noch die Recidive zu fürchten. Diese können kontinuirliche sein, d. h. die Folge nicht exstirpirter Geschwulstkeime, oder regionäre, d. h. in der Narbe oder in der Nähe derselben nach Monaten, oft erst nach Jahren entstandene Geschwülste, die der ersten, exstirpirten Geschwulst ähnlich sind.

Die Prognose der Gummata ist bei einer streng durchgeführten antiluetischen Kur durchaus günstig, ebenso die der Aktinomykose bei richtiger chirurgischer Behandlung.

Die Therapie der Bauchdeckengeschwülste besteht bei den Fibromen, Lipomen, Fibrosarkomen, Sarkomen und Carcinomen in der möglichst frühzeitigen Exstirpation. Die frühe Exstirpation ist deshalb angezeigt, damit die Tumoren nicht allzu breit mit dem Peritoneum verwachsen. Selbstverständlich muss die Operation unter strengster Beobachtung der antiseptischen Cautelen ausgeführt werden, namentlich in den Fällen, bei denen die Bauchhöhle eröffnet werden muss, da eine Verwachsung mit dem Bauchfell bereits eingetreten ist. Exstirpirt werden müssen auch die gutartigen Tumoren, da sie eine so beträchtliche Grösse erreichen können, dass sie dadurch heftige Beschwerden machen, und da zweitens niemals die Möglichkeit einer malignen Entartung ausgeschlossen ist.

Um eine bösartige Geschwulst radikal zu entfernen, muss eine möglichst weite Umschneidung im Gesunden stattfinden. Die Anlage des Hautschnittes ist je nach dem Sitze der Geschwulst verschieden. Ist eine ausgedehntere Verwachsung der Geschwulst mit dem Bauchfell vorhanden,

so muss das verwachsene Stück des letzteren ebenfalls entfernt werden. Gelingt es, die Geschwulst ohne Eröffnung der Bauchhöhle aus den Bauchdecken herauszulösen, so wird nach sorgfältiger Blutstillung die Wunde durch Muskel- und Hautnähte so geschlossen, dass keine grössere Lücke in den Bauchdecken entsteht, die später zur Bildung einer Hernie Anlass geben könnte. Eine etwa entstandene Lücke in der Bauchmuskulatur deckt man dadurch, dass man einen gestielten Muskellappen aus der benachbarten Bauchmuskulatur in den Defekt umschlägt und durch Naht vereinigt. Hat das Bauchfell eröffnet werden müssen, so ist die Öffnung sofort durch Naht wieder zu schliessen. Nach beendeter Operation wird die Wunde mit einem breiten aseptischen Verbande versehen. Nach erfolgter Heilung ist es zweckmässig, eine Leibbinde tragen zu lassen, um dadurch eine Dehnung der Narbe und die Entstehung einer Hernie zu verhindern.

Die Behandlung der Aktinomykose besteht in Incision, energischer Auskratzung und Desinfektion des ganzen Herdes. Wenn das ganze aktinomyköse Herd beseitigt wird, tritt meist schnell dauernde Heilung ein.

Die Therapie der Gummata richtet sich gegen die Grundkrankheit, die Lues. Die beste Behandlungsmethode ist die Inunctionskur mit Unguent. hydrarg. cinereum. Innerlich giebt man Jodkali, am besten in wässeriger Lösung.

Wollen wir uns nun zur bessern Übersicht eine Statistik verschaffen, so sehen wir, dass von den oben angeführten 16 Tumoren ihren Ausgang nahmen:

von der Haut: 1,
vom subcutanen Gewebe: 2,
von den Muskelscheiden: 1,
von der Muskulatur: 9.

Bei 3 Tumoren war der Ausgangspunkt nicht genauer angegeben.

Von den beiden Fibromen ging das eine von der Scheide des Musc. rectus, das andere vom subcutanen Gewebe aus. Die multipeln Lipome hatten im subcutanen Gewebe ihren Sitz. Alle 5 Fibrosarkome nahmen von der Muskulatur ihren Ausgang. Von den beiden Sarkomen ging eins von der Muskulatur aus, bei dem andern war der Ausgangspunkt nicht näher bezeichnet. Das Carcinom hatte seinen Sitz in der Haut. Die 3 Gummata gehörten sämtlich der Muskulatur an. Bei den beiden Fällen von Aktinomykose fehlen nähere Angaben über den Ausgangspunkt.

Die Verteilung der Geschwülste auf die beiden Geschlechter ist folgende: von den 16 Patienten sind 7 männlichen, 9 weiblichen Geschlechts, also ein, wenn auch geringes Überwiegen des letzteren; und zwar finden wir bei den Frauen: 1 Fibrom, 4 Fibrosarkome, 1 Sarkom, 2 Gummata, 1 Aktinomykose. Von den 9 Frauen hatten 7 geboren, eine hatte nicht geboren, bei einer fehlen die näheren Angaben hierüber.

Was das Lebensalter der Patienten anbetrifft, so finden wir die sämtlichen Fibrome und Fibrosarkome in einem Alter von 20—30 Jahren, die Gummata in einem Alter von 30—36 Jahren. Die Lipome finden sich bei einem 42jährigen, das Carcinom bei einem 51 jährigen Manne. Ein an Sarkom erkrankter Patient war 27, ein andrer 49 Jahre alt. In den beiden Fällen von Aktinomykose sind die Patienten 14 und 23 Jahre alt.

Als Krankheitsursache wird in 1 Falle von Fibrosarkom ein Stoss angegeben; die 4 andern Fälle von Fibrosarkom sollen während der Gravidität oder kurz nach der Geburt entstanden sein.

Als geheilt wurden 13 Fälle entlassen, und zwar:

Fibrome: 2,
Lipome: 1,
Fibrosarkome: 5,
Sarkome: 2,

Carcinome: 1,
Aktinomykosen: 2.

Von den 3 Fällen von Gumma wurden 2 Patienten als gebessert entlassen, einer entfernte sich aus der Klinik. Fälle von Recidiven sind nicht bekannt geworden. Ein Todesfall ist nicht eingetreten.

Zum Schluss komme ich der angenehmen Pflicht nach, Herrn Professor Dr. v. Bramann für die Überlassung dieser Arbeit und für die bei der Ausführung derselben freundlichst gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Virchow. Die krankhaften Geschwülste.
2. Ledderhose. Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken.
3. Küster. Die Neubildungen am Nabel Erwachsener.
4. Grätzer. Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand.
5. Tillmanns. Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie.
6. Tillmanns. Lehrbuch der speciellen Chirurgie.
7. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie.
8. Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.
9. Schmaus. Grundriss der pathologischen Anatomie.
10. Cohnheim. Vorlesungen über allgemeine Pathologie.
11. Rindfleisch. Pathologie und pathologische Anatomie.
12. Löwenthal. Über traumatische Entstehung der Geschwülste.

Lebenslauf.

Verfasser vorstehender Arbeit, Richard Hagemann, wurde am 15. August 1876 in Berlin als Sohn des Eisenbahn-Betriebs-Sekretärs Julius Hagemann und seiner Ehefrau Luise geb. Last, geboren. Er ist evangelischen Bekenntnisses. Seinen Schulunterricht erhielt er von Ostern 1883 ab auf dem Progymnasium zu Weissenfels, welches er Ostern 1893 mit dem Zeugniss für den Einjährig-freiwilligen Dienst verliess. Von Ostern 1893 bis Ostern 1896 besuchte er das Kgl. Stifts-Gymnasium zu Zeitz, woselbst er sich das Zeugnis der Reife erwarb. Seit dem Sommersemester 1896 war er in Halle als Student der Medizin immatrikuliert. 1899 bestand er die ärztliche Vorprüfung. In seinem 8. Semester hatte er den Vorzug, in der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Dr. v. Bramann ein Vierteljahr als Volontärarzt thätig sein zu dürfen. Im November 1901 begann er das medizinische Staatsexamen und beendete es im Mai 1902. Das Examen rigorosum bestand er am 7. November 1902.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen folgender Herren Docenten:

Bernstein, v. Bramann, Braunschweig, Bumm, Dorn, Eberth, Eisler, Endres, Fehling, Fränkel, Franz, Grenacher, Haasler, Harnack, Heilbronner, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, Kirchhoff, Leser, v. Mering, Nebelthau, Oberst, Pott, Reineboth, Roux, Schmidt-Rimpler, Schwartze, Sobernheim, Stammler, Volhard, Weber.

Den genannten Herren spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.